

PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES (CAPI) DECLARACION DE EXCEPCION POR INDIGENCIA

NOMBRE DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO DE CAPI:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:
NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTA HACIENDO LA DECLARACION (SI ES DIFERENTE):	RELACION/PARENTESCO:

Estoy solicitando la excepción por indigencia porque:

- Actualmente no puedo obtener comida ni hospedaje con el mantenimiento que recibo de mis patrocinadores, además de mis propios ingresos y recursos, y
- Actualmente no estoy viviendo con mis patrocinadores.

Actualmente estoy recibiendo el siguiente mantenimiento por parte de mis patrocinadores.
(Escriba "ninguno" si no recibe mantenimiento.):

FUENTE DE MANTENIMIENTO	TIPO DE MANTENIMIENTO (MONETARIO O DE OTRO TIPO)	CANTIDAD DEL MANTENIMIENTO
		\$
		\$
		\$

Yo entiendo que tengo que reportar cualquier cambio en los ingresos que reciba de mis patrocinadores (*o de cualquier otra persona*) al trabajador del Condado encargado de mi caso.

Yo entiendo que esta situación se tiene que reportar al Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) de acuerdo con la ley federal.

Yo (o nosotros) entiendo que cualquier persona que con conocimiento miente o falsifica la información o hace arreglos para que alguien más mienta o falsifique la información está cometiendo un crimen que puede ser castigado bajo la ley estatal.

Yo (o nosotros) certifico bajo pena de perjurio que la información en este formulario es la verdad tal como la conozco.

FIRMA DEL BENEFICIARIO:	FECHA:	NUMERO DE TELEFONO: ()
FIRMA DEL ESPOSO(A):	FECHA:	
FIRMA DE UN TESTIGO, SI FIRMO CON UNA "X":	FECHA:	
FIRMA DEL INTERPRETE O DE LA PERSONA QUE COMPLETO ESTE FORMULARIO A NOMBRE DE USTED:	FECHA:	
RELACION/PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO:	NUMERO DE TELEFONO: ()	

AVISO RELACIONADO A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION PERSONAL

De acuerdo a lo estipulado en la Sección 7 del Decreto Federal sobre la Confidencialidad (P.L. 93-579), se proporciona este aviso en relación al número de Seguro Social que se solicita en este formulario. Esta información personal se solicita de acuerdo a lo estipulado en la Sección 1631 del Código 8 del Código de los Estados Unidos (U.S.C.), la Sección SI 00502.280H del Sistema de los Manuales de Operaciones del Programa de la Administración del Seguro Social, y a la Carta Circular 02-63 del Departamento de Servicios Sociales de California a todos los condados. La divulgación de la información que se solicita es voluntaria. El propósito principal de la información voluntaria es identificar al solicitante y así facilitar la tramitación del formulario. El no proporcionar la información que se solicita podría demorar o impedir la tramitación de este formulario.